

Journal Club

Weekly Briefing

Prof. Dr. med. Lars C. Huber; Prof. Dr. med. Martin Krause

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

Gewichtsverlust

Erhöhung der Krebsinzidenz

Gewichtsverlust ist ein häufiges Symptom in der hausärztlichen Praxis. Geht dieser mit einer erhöhten Inzidenz maligner Erkrankungen einher? Ja, findet diese riesige Kohortenstudie, die Daten prospektiv über drei Jahrzehnte erfasst hat. Ein Gewichtsverlust von >10% über die vorangegangenen 2 Jahre war mit einer erhöhten Rate neudiagnostizierter Krebserkrankungen in den darauffolgenden 12 Monaten assoziiert (1362 vs. 869 Fälle / 100 000 Personenjahre). Krebsdiagnosen waren häufiger bei unbeabsichtigtem Gewichtsverlust (will heissen: ohne diätetische Massnahmen und/oder Änderungen in der körperlichen Aktivität) – signifikant war das Risiko für Ösophagus- und Magenkarzinome, kolorektale Tumoren, hämatologische Neoplasien und Lungenkrebs.

JAMA. 2024, doi.org/10.1001/jama.2023.25869.

Verfasst am 27.1.24_HU

COPD und Gabapentinoide

Risiko für Exazerbationen

In dieser Kohorte mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) erhöhte die Therapie mit Gabapentin oder Pregabalin – Indikation: Epilepsie, neuropathische oder chronische Schmerzen – das Risiko einer hospitalisationsbedürftigen COPD-Exazerbation signifikant (Hazard Ratio 1,39). Die retrospektiv analysierten Daten können ein «Confounding» zwar nicht ausschliessen: es fehlen etwa Angaben zu Raucherstatus oder infektiösen Triggern. Zudem lässt sich aus der Datenbank nicht sicher eruieren, ob es sich um eine Exazerbation oder, pathophysiologisch nahe liegender, eine aggravierte respiratorische Insuffizienz (zentrale Atemdepression!) handelte. Die Studie unterstreicht aber ein Caveat für Gabapentinoide bei Personen mit eingeschränkter pulmonaler Reserve.

Ann Intern Med. 2024, doi.org/10.7326/M23-0849.

Verfasst am 28.1.24_HU

Vintage Corner

Pleuraerguss: Light-Kriterien

Der wichtigste diagnostische Schritt bei Patientinnen und Patienten mit einem Pleuraerguss ist die Unterscheidung zwischen Transsudat und Exsudat. Richard W. Light (1942–2021) hat die Parameter dazu anhand einer prospektiven Studie mit 150 Pleuraergüssen propagiert. Notwendig ist die gleichzeitige Bestimmung von Protein und Laktatdehydrogenase (LDH) in Serum (S) und Pleuraflüssigkeit (PF): Ist wenigstens ein Kriterium erfüllt – Protein PF/S >0,5, LDH PF/S >0,6, LDH PF >2/3 des oberen S-Wertes – liegt ein Exsudat vor. Bereits in der initialen Studie wurden damit 46/47 Ergüsse korrekt als Exsudat interpretiert. Auch mehr als 50 Jahre nach ihrer Publikation sind die Light-Kriterien der diagnostische Goldstandard – ihre Sensitivität ist ausgezeichnet.

Ann Intern Med. 1972, doi.org/10.7326/0003-4819-77-4-507.

Verfasst am 27.1.24_HU

CME

Cannabis und seine toxischen Effekte

- Zusammen mit Koffein, Alkohol und Nikotin zählt Cannabis (Marihuana) zu den am häufigsten konsumierten psychoaktiven Substanzen.
- Für die vielfältigen physiologischen Effekte ist vorwiegend das Phytocannabinoid Tetrahydrocannabinol (THC) verantwortlich.
- Inhaliertes THC wird innert Sekunden absorbiert (Plasmapeak innerhalb von 5–10 Minuten). Es wirkt prompt euphorisierend, entspannend, sedierend und appetitanregend. Gleichzeitig beeinträchtigt es Kurzzeitgedächtnis, Konzentration und Psychomotorik. Trockener Mund, konjunktivale Injektionen, orthostatische Hypotonie,

horizontaler Nystagmus, Husten, Wheezing und kardiale Arrhythmien sind somatische Effekte.

- Eine akute Intoxikation verläuft meist mild und selbstlimitierend. Panikattacken, psychotische Symptome und ausgeprägte motorische Koordinationsstörungen können zu einer notfallmässigen Vorstellung führen. Reizarme Umgebung, Beruhigung sowie – je nach Symptomatik – Benzodiazepine und Antipsychotika sind Mittel der Wahl. Ein spezifisches Antidot existiert nicht.
- Subakut (>24 Stunden nach Intoxikation) kann es zu vier konkreten psychiatrischen Syndromen kommen: 1. Cannabis-induzierte Angsterkrankung, 2. akute Psychose, 3. Schlafstörungen und 4. hyperaktives Delir.
- Der problematische Cannabiskonsum («cannabis use disorder») ist charakterisiert durch einen Kontrollverlust mit persistie-

rendem Konsum trotz Vorhandensein unerwünschter Wirkungen.

- Ein Entzugssyndrom («cannabis withdrawal syndrome») geht vor allem mit psychischen Symptomen (depressiver Verstimmung, Angst, Unruhe, Schlafstörungen) einher.
- Das «cannabinoid hyperemesis syndrome» (DD: zyklisches Erbrechen) bessert durch heisse Bäder und erholt sich nach konsequenter Abstinenz komplett. Es wird bei Bedarf mit Benzodiazepinen und Haloperidol behandelt. Die gängigen Antiemetika sind hingegen nutzlos.

N Engl J Med. 2023, doi.org/10.1056/NEJMra2212152.
Verfasst am 27.1.24_HU

Rückblick

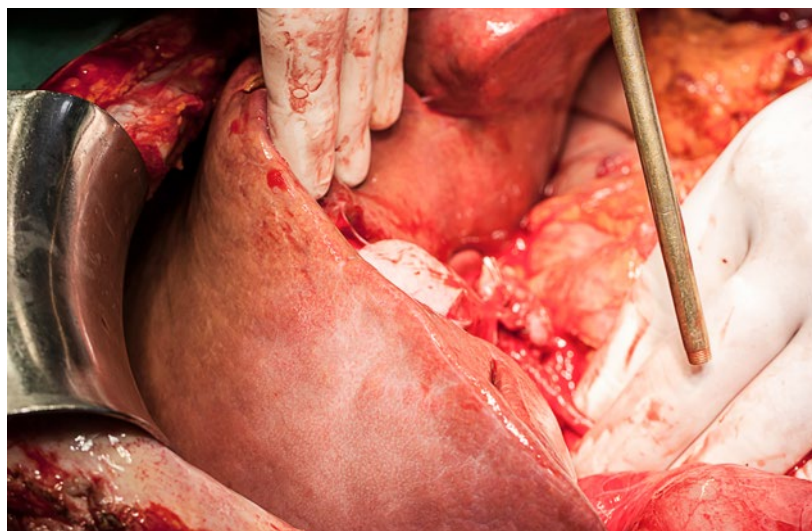
Repetitio est mater studiorum

Obwohl es sich schulmeisterlich anfühlt, wagen wir einen Rückblick auf das Weekly Briefing der Ausgaben 1–10 seit 2024 mit Fragen, zu denen wir gleich die Antwort liefern.

- Sollen die Antihypertensiva (Sartane, ACE-Hemmer) vor einer elektiven Operation sistiert werden? *Nein, der perioperative Verlauf ist mit und ohne Antihypertensiva gleich. Ohne kommt es aber danach zu relevanten Hypertonien.*
- Fördert Eiswasserbaden das Immunsystem? *Es existieren noch keine soliden Studien, die dies beweisen.*
- Ein Erythema nodosum, das an atypischer Lokalisation (Gesicht, Rumpf, Armen) auftritt, ist bei welcher Erkrankung gehäuft? *Sarkoidose.*
- Paracetamol 3–4 g/Tag: Welche Nebenwirkungen sind zu beachten? *Hepatotoxizität, gastrointestinale Blutungen, Hypertonie.*
- Was ist das beste klinische Zeichen, um eine Arteriitis temporalis zu erkennen? *Die Kau-Claudicatio. Als Test Kaugummi 2–3 min kauen lassen.*
- Welches ist die typische Nebenwirkung der Droge «Krok»? *Neben dem hohen Abhängigkeitspotential dieses Opioids sind Hautnekrosen charakteristisch.*
- Bei welcher Dosis und Einsatzdauer von Prednison steigt das Infektionsrisiko an? *>15 mg und >3 Monate. Bei welcher Dosis entstehen praktisch keine Nebenwirkungen? <5 mg.*
- Welches sind sinnvolle Massnahmen zur Behandlung eines Fersensporns? *Analgetika, Taping, Einlegesohlen, Dehnung der Wadenmuskulatur, Gewichtsabnahme.*
- Was bedeutet ein hohes C-reaktives Protein (CRP) bei Lupus erythematoses? *Das CRP ist beim Lupus ein schlechter Aktivitätsparameter. Hohes CRP ist suggestiv für Infektion.*
- Therapieresistente Hypertonie: häufigste Ursache? *Pseudoresistenz durch nicht korrektes Messen. Bestes Medikament zusätzlich? Spironolacton.*
- Welche Erkrankungen sind bei Passivrauchenden signifikant gehäuft? *Koronare Herzkrankheit, Stroke, Lungenkarzinom, Diabetes mellitus.*
- Wann ist eine intravenöse Albuminsubstitution bei Leberzirrhose indiziert? *Nach grossvolumiger Parazentese, bei spontan bakterieller Peritonitis, bei akuter Nierenschädigung.*

Verfasst am 30.1.24_HU+MK.

Review



© Jurica Vukovic / Dreamstime

Klassischerweise stammen Leberspenden von einer verstorbenen Person, die hohe Regenerationsfähigkeit der Leber macht jedoch auch Lebendspenden möglich.

Lebertransplantation: Merkpunkte

Zu den wichtigsten Erkrankungen, die eine Leber so stark schädigen, dass eine Lebertransplantation (LTPL) notwendig wird, gehören: **1. Medikamenteninduzierte Leberschäden**, **2. virale Hepatitis**: Hepatitis B und C, **3. Fettleber**: alkoholisch und metabolisch, **4. genetische Erkrankungen**: Morbus Wilson, Hämochromatose, **5. Autoimmunerkrankungen**: primär biliäre Zirrhose, Autoimmun-Hepatitis, **6. Lebermalignome**: hepatozelluläres und Cholangio-Karzinom.

Ein akuter Leberschaden (<8 Wochen) stellt dann eine Indikation für eine LTPL dar, wenn neben der Erhöhung von Leberenzymen und INR ein Multiorganversagen von Niere, Gehirn, Lunge und Herz vorliegt. Eine LTPL für einen chronischen Leberschaden ist dann indiziert, wenn Komplikationen wie Aszites, Peritonitis, Varizenblutungen, Enzephalopathie auftreten, die parallel mit einem hohen Risiko-Score einhergehen. Dieser Score, MELD genannt (für «model for end-stage liver disease») schliesst messbare Werte wie Kreatinin, Bilirubin und INR ein.

Für alkoholische Lebererkrankungen ist neben Abstinenz auch das psychosoziale Umfeld entscheidend, ob eine LTPL sinnvoll ist. Krebsleiden der Leber sind keine Kontraindikation für eine LTPL, vorausgesetzt, dass der Tumor unter Kontrolle steht.

Klassischerweise stammt eine gespendete Leber von einer verstorbenen Person. Um den Mangel an Spenderlebern zu verkleinern, hat man begonnen, die Spenderleber in zwei Allografts zu teilen. Dies ist nur dank der eindrucklichen Regenerationsfähigkeit der Leber möglich, die auch nach der LTPL erhalten bleibt. Die Regeneration ermöglicht ausserdem, dass bis zu 70% der Leber einer lebenden Spenderperson verwendet werden kann. Die Häufigkeit von Lebendspenden variiert zwischen den verschiedenen Ländern/Kulturen von 6–90%. Zwischen Spender- und Empfängerperson muss eine Blutgruppenverträglichkeit bestehen. Der Rhesusfaktor spielt keine Rolle.

Nach LTPL-Infektion ist die Betreuung durch ein erfahrenes Team obligat, die die postoperativen Komplikationen, den Umgang mit der Immunsuppression (Tacrolimus, Mycophenolat, Prednison), die Abstoßungsreaktionen und die opportunistischen Infektionen kennt und beherrscht.

Die 1-Jahres-Lebenserwartung für Empfängerperson und Transplantat beträgt >90%. Man kann davon ausgehen, dass die Lebenserwartung durch die LTPL um 20 Jahre verlängert wird.

N Engl J Med. 2023, doi.org/10.1056/NEJMra2200923.
Verfasst am 29.1.24_MK.